En tant que médecin, où puis-je trouver des informations fiables concernant les procédés diagnostiques et thérapeutiques?

Quelle crédibilité à accorder aux preuves?

Ingrid Töws, Gerd Antes

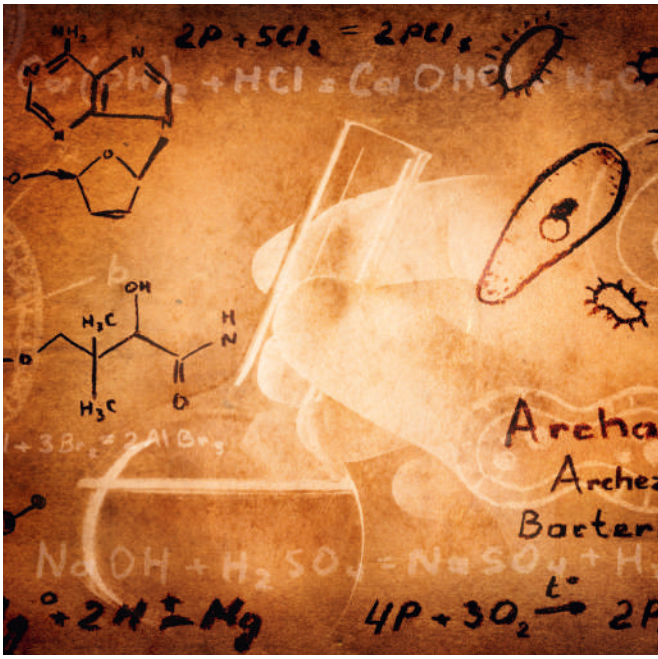
Cochrane Deutschland, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg im Breisgau, Deutschland

Bien plus de 20 000 études contrôlées sont publiées chaque année. Mais avons-nous véritablement besoin de cet amas de connaissances? Et comment pouvons-nous encore avoir une vue d'ensemble et appliquer ces connaissances à notre pratique? Nos possibilités d'exploiter de manière simple et pratique les résultats de la recherche dans la prise de décisions dépendent essentiellement de la qualité et de la disponibilité de ces résultats.

Introduction

L'évaluation scientifique des bénéfices et des risques des procédés cliniques a connu un développement phénoménal et s'est vue plus globalement acceptée au cours de ces dernières décennies, elle est aujourd'hui l'indispensable pierre angulaire du système de santé moderne. Les connaissances sur lesquelles se base cette évaluation sont issues d'études cliniques soumises aux exigences méthodologiques les plus lourdes afin que les résultats ne conduisent à une conclusion erronée ou ne soient systématiquement biaisés. La protection ultime contre les falsifications en tout genre est le principe fondamental de la production de connaissances. Ces dix dernières années, les exigences imposées aux structures nécessaires à cette production ont été de mieux en mieux reconnues et comprises grâce à a recherche et aux études empiriques. Par conséquent, une série de procédures visant à garantir la qualité ont été développées et mises en place, qui doivent d'une part être utilisées au moment de la réalisation et de la publication d'études, et qui, d'autre part, peuvent également constituer une aide précieuse pour le lecteur et l'utilisateur dans la juste évaluation de la qualité de l'information médicale. Outre des listes de contrôle spéciales et des exigences en matière de qualité, les règles de *Good Clinical Practice* et de *Good Scientific Practice* sont des principes généraux et largement reconnus pour l'assurance qualité, dont le respect est contrôlé et garanti, dans la mesure du possible, par des institutions telles que les comités d'éthique, les instituts de recherche, les autorités sanitaires et d'autres instances actives dans la recherche sur la santé et les soins de santé.

Ingrid Töws



Cependant, le système de production, de diffusion et d'application des connaissances possède également quelques points faibles, avec un impact partiellement fatal sur les soins de santé. Outre les études dont le plan s'est avéré inadéquat ou dont la réalisation a été incorrecte, des erreurs essentielles lors de la publication des résultats constituent la raison principale pour laquelle les médecins et d'autres professionnels de santé sont systématiquement mal informés. Pour évaluer la fiabilité des connaissances, il faut tout d'abord s'intéresser aux sources. De plus, une connaissance basique des processus de production de connaissances

est nécessaire, ou tout du moins utile, pour pouvoir s'orienter dans l'acquisition des connaissances et pour évaluer correctement la fiabilité et les erreurs potentielles des études.

Connaissances médicales

Dans cet article, nous nous concentrons sur les preuves en tant que synonymes de connaissances pertinentes pour le patient, acquises grâce à la recherche médicale et de manière empirique à travers des études cliniques prospectives ou d'autres types d'études (par ex. études d'observation), en excluant volontairement la recherche préclinique. Dans ces études, la précision diagnostique ou l'efficacité des procédures médicales sont testées chez l'homme selon des principes scientifiques fondés. Avant d'aboutir, au stade ultime, aux essais sur les patients (ou sur des participants sains, pour le dépistage précoce de certaines maladies par ex.), plusieurs années de recherche fondamentale et de développement ont souvent été nécessaires. Habituellement, le nouveau procédé est comparé à un placebo pour pouvoir fournir la preuve de son efficacité voire de sa supériorité comparativement au placebo. Parallèlement, il existe un très grand nombre d'études portant sur des procédés déjà connus et introduits sur le marché comparant leurs bénéfices avec ceux d'autres procédés utilisés. Des techniques opératoires ouvertes peuvent ainsi être comparées à des techniques laparoscopiques, de même que des traitements physiothérapeutiques conservateurs, dans le domaine de l'orthopédie, peuvent être comparés à des interventions chirurgicales. C'est justement la comparaison de différentes formes de traitement qui présente une grande pertinence pratique, car ces traitements peuvent différer significativement en termes d'effets secondaires ou de coûts. C'est la raison pour laquelle une attention croissante a été portée aux rapports bénéfices-risques des interventions complexes ces dernières années.

L'objectif, quoique visionnaire, est aussi de pouvoir évaluer les bénéfices et les risques de chaque intervention sur la base d'études comparatives de grande qualité, comme l'*Agency for Healthcare Research and Quality* des Etats-Unis l'a entrepris entre 2009 et 2012 dans un programme de recherche d'un milliard de dollars appelé *Comparative Effectiveness Research* [1].

Etudes – quantité et qualité

Le développement d'un procédé succède à l'autorisation du transfert à la pratique médicale et les recherches préalables d'évaluation, d'implémentation et de soins qui y sont liées. La recherche clinique commerciale et la recherche clinique publique se sont développées pour devenir de gigantesques producteurs de connaissances: depuis les années 1950, le nombre d'études augmente continuellement. Actuellement, env. 600 000 à 1 000 000 études cliniques randomisées et contrôlées (RCT) achevées sont disponibles. Un chiffre même approximativement précis sur la limite supérieure n'existe pas, et la limite inférieure aussi est une estimation incertaine. Le registre *Cochrane* des études randomisées et contrôlées comporte à lui seul plus de 800 000 entrées. Cependant, ce total comprend des doublons et des études mal classifiées, d'où l'estimation conservatrice de 600 000 études. Bien plus de 20 000 nouvelles études sont publiées chaque année, et il est estimé qu'actuellement, au moins 45 000 études cliniques sont dans leur phase de réalisation. Mais avons-nous véritablement besoin de toutes ces connaissances? Et comment pouvons-nous encore garder une vue d'ensemble et les appliquer à notre pratique quotidienne? Nos possibilités de transférer le niveau de connaissances à la prise de décisions, de manière simple et en limitant au maximum les erreurs, dépend essentiellement de quatre facteurs:

- de la qualité méthodologique des études réalisées;
- de la publication transparente et intégrale des données de l'étude;
- de la réorganisation systématique et l'évaluation des publications d'études déjà existantes sous forme de synthèse de preuves (entre autres des revues systématiques, des rapports HTA, des dispositifs d'information des patients, des directives; voir plus bas pour les définitions);
- de l'accès le plus ouvert possible à ces synthèses de recherche.

Critères de qualité

Validité interne

Pour obtenir des résultats non biaisés (valides), les études doivent être réalisées conformément à des critères de qualité spécifiques. Le critère de qualité essentiel est la validité interne, influencé par le plan de l'étude et sa réalisation, qui peut être évalué sur la base de listes de contrôle ou de questionnaires. Le plan de l'étude détermine avec quelle certitude il peut être affirmé que le critère d'évaluation clinique peut être influencé par certains éléments. En raison de leur structure, les RCT – en raison d'une réalisation rigoureuse – affichent la plus grande validité interne. Les RCT respectent des règles précises qui permettent un contrôle satisfaisant des facteurs d'influence inconnus *(Confounder)* sur les critères d'évaluation cliniques et réduisent la probabilité d'erreurs systématiques *(Bias)*. Ceci se fait grâce à une distribution égale des facteurs d'influence visibles et invisibles dans les différents groupes de traitement. Dans les études de cohorte et les études de cas aussi sont em-

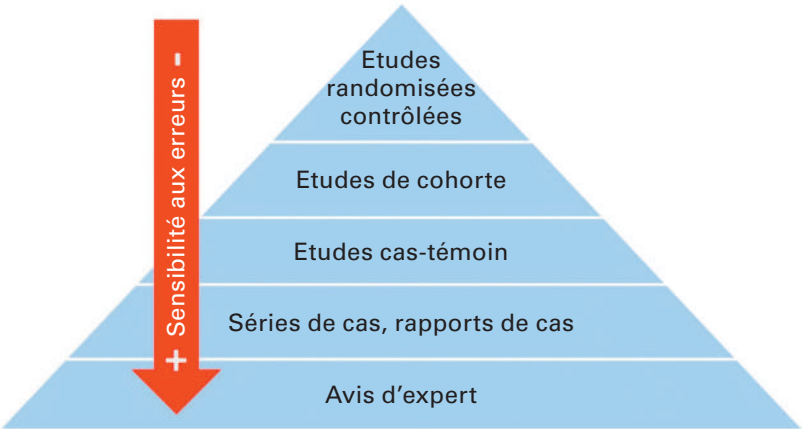


Figure 1: Niveaux de preuve et leur sensibilité aux erreurs systématiques *(Bias)*.

ployées des méthodes permettant de tenir compte des *Confounder*. Contrôler les *Confounder*, invisibles ou non mesurés, est toutefois plus difficile avec ce type de plan, car le risque d'erreurs systématiques *(Bias)* est accru. Dans les études de cas et séries de cas, le contrôle des *Confounder* est réduit au minimum, étant donné qu'elles ne suivent pas de mesures de contrôle. La qualité des preuves issues de ces études est limitée et constitue ainsi un faible fondement pour la prise de décisions cliniques. Les avis d'experts ne se basent pas systématiquement sur des résultats issus d'études, et le risque de *Bias* est par conséquent proportionnellement élevé. La hiérarchie des plans d'étude et leurs risques d'erreurs croissants sont exposés dans la hiérarchie classique des preuves (fig. 1).

Validité externe

La validité externe doit être démontrée indépendamment de la validité interne, étant donné qu'il ne s'agit pas d'une caractéristique propre à l'étude. La validité externe traduit la transposabilité des résultats à une population ou à une situation. Cette transposabilité est déterminée par les caractéristiques individuelles de la population-cible et par des facteurs externes. Il existe des questions clés exigeant un savoir clinique pour vérifier la validité externe. Une question centrale pour les professionnels de santé est de savoir si leur patient se distingue de la population d'étude dans une mesure telle que les résultats de l'étude ne sont pas transposables à ce patient.

De ce fait, pour des décisions thérapeutiques pratiques, les résultats des RCT doivent être évalués sur le plan médical et il peut éventuellement être fait appel à des découvertes complémentaires. Les résultats des études d'observation semblent être plus proches de la pratique. Ces résultats sont certes directement issus de la pratique clinique, mais leur validité interne est en revanche plus faible. Un principe souvent oublié prévaut: pas de validité externe sans validité interne. Cela signifie que pour que les résultats des études soient applicables à la pratique, l'efficacité du traitement doit tout d'abord être démontrée dans des études à validité interne élevée.

Une alternative à la hiérarchie traditionnelle (fig. 1) des degrés de preuve a été développée par le *Centre for evidence-based Medicine* (CEBM) à Oxford en 2011: il s'agit d'une hiérarchie des preuves remaniée et élargie. Elle constitue une aide pratique à la prise de décisions pour les professionnels de santé qui ont besoin de sources d'informations fiables et rapides dans leur pratique quotidienne. Un tableau clair permet d'évaluer et de répondre au besoin d'informations concrètes du médecin, il lui apporte des renseignements sur quel type de plan d'étude, c'est-à-dire sur quels articles spécialisés fournissent des preuves de qualité adéquate, de manière à pouvoir prendre une décision éclairée [2]. Le classement des plans d'étude par le CEBM tient également compte des points faibles, sur les plans méthodologique et éthique, de la hiérarchie des preuves traditionnelle.

Critique des *Levels of Evidence*

Dans la hiérarchie classique, les plans d'étude ont été ordonnés de manière statique indépendamment du questionnement clinique sous-jacent. Toutefois, il n'est pas toujours pertinent ou possible de répondre à un questionnement clinique par une RCT. Ainsi, il n'est pas justifiable sur le plan éthique d'administrer aux participants à l'étude des traitements nocifs.

Les aspects méthodologiques des RCT peuvent compliquer ou même entraver la réalisation des études. Les difficultés de recrutement par exemple constituent un obstacle pour les RCT dans le cas de maladies rares. Dans de tels cas, les études d'observation bien conçues et bien réalisées peuvent être considérées comme étant la meilleure source d'informations. Des études d'observation fortes sur le plan méthodologique peuvent éventuellement primer sur des RCT mal réalisées en termes de qualité des preuves. Il en découle qu'outre le plan de l'étude, le questionnement clinique et la réalisation de l'étude déterminent la meilleure source de preuves. L'évaluation de la réalisation individuelle des études est une nécessité supplémentaire pour pouvoir identifier les preuves valides permettant de répondre au questionnement clinique.

Evaluation pratique de la qualité des RCT

Les RCT, en tant que type d'étude possédant potentiellement la validité interne la plus élevée, doivent pouvoir être évaluées et classifiées avant la transposition de leurs résultats à chaque patient spécifique. Sur le plan structurel, des propriétés et des savoirs théo-

riques issus de la recherche empirique sont associés dans l'élaboration d'une RCT de manière à protéger au maximum du *Bias* (biais), ils se reflètent dans l'évaluation de la qualité.

Protection maximale contre le *Bias*:

- Comparaison avec des groupes parallèles (simultanément);
- Groupes semblables, avec une différence dans l'intervention uniquement (répartition égale des facteurs d'influence);
- Standardisation des procédés thérapeutiques;
- Pas d'influence sur les attentes du patient et de l'investigateur (insu);
- Analyse scientifique de grande qualité;
- Présentation et diffusion de toutes les informations, sans déformation.
  («Klar» depuis Paul Martini, 1932)

En raison de sources d'erreur potentielles et de la variabilité rencontrée dans l'élaboration, la réalisation et l'évaluation des études cliniques randomisées, l'un des aspects qualitatifs essentiels est le contrôle des risques de *Bias*. Il est vital de rechercher systématiquement les sources d'erreur de chaque étude. Dans la pratique, cette vérification se fait à l'aide de listes de contrôle ou de questionnaires. Le «Risk of Bias Tool» de la *Cochrane Collaboration* a été développé et éprouvé, celui-ci permet d'évaluer et de rapporter des erreurs systématiques lors de la randomisation, une allocation cachée de certains participants dans les groupes, la complexité du principe de double insu aussi bien pour les patients que pour le personnel impliqué, de la gestion des données manquantes ainsi que la présentation et la diffusion complète des informations. Pour le lecteur et l'utilisateur des données issues des études, cela signifie que ceux-ci se sont renseignés, grâce à cet outil, sur les sources d'erreur potentielles et qu'ils peuvent ainsi évaluer et classer les résultats des études à la lumière de ces informations.

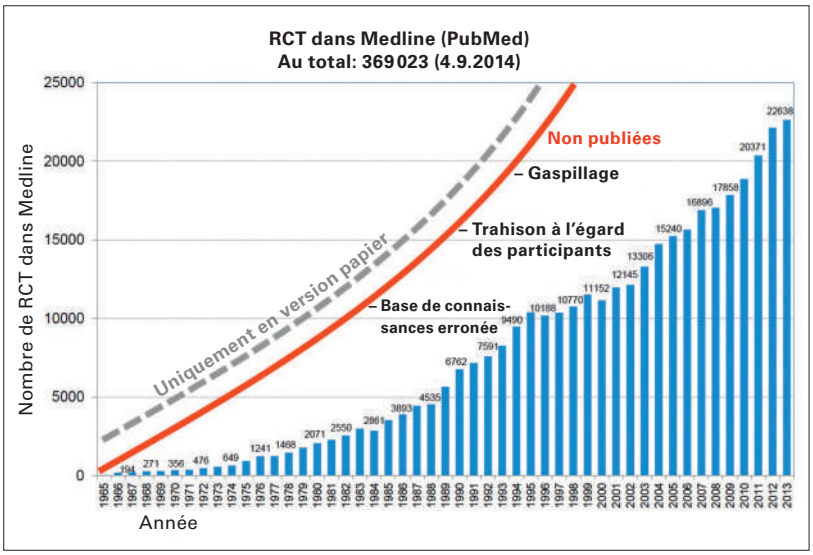


Figure 2: Augmentation du nombre global de RCT dans Medline entre 1995 et 2013; parallèlement, augmentation simultanée du nombre de compte-rendus d'études non publiés jusqu'à 50% environ (Source: Cochrane Deutschland).

Un autre moyen pour le lecteur d'avoir un aperçu sur la qualité méthodologique des études sont les *Reporting Guidelines*. Elles ne constituaient initialement pas un outil d'évaluation qualitative mais servent aujourd'hui aux auteurs pour rédiger les comptes rendus d'étude de manière transparente et intégrale. L'initiative internationale EQUATOR (EQUATOR = Enhancing the Quality and Transparency Of Health Research) [3], qui s'implique à l'amélioration de la qualité des publications et à la transparence dans la présentation et la diffusion des informations scientifiques, propose des *Reporting Guidelines* pour différents types d'études et formats de rapports scientifiques.

Biais de publication

La problématique du choix de la source d'informations adéquate est compliquée davantage par les manquements massifs dans le domaine des publications. Le *biais de publication* est une expression regroupant les répercussions inhérentes à la publication sélective des preuves. Ce biais procède d'une part du fait que, sur toutes les études commencées – indépendamment des sources de financement, de l'ampleur de l'étude, de la région ou de la phase de l'étude – seules 50% environ sont publiées, comme il a été démontré par les recherches menées sur le sujet. Les résultats de recherche non publiés constituent un gaspillage de ressources, une trahison à l'égard des participants à l'étude et une source de connaissances erronées.

D'autre part, dans de nombreuses études, les objectifs de l'étude sont modifiés alors que l'étude est déjà en cours de réalisation, ou bien les résultats allant dans le sens des intérêts des investigateurs sont rapportés en priorité. Il a été constaté que les études aboutissant à des résultats «positifs» statistiquement significatifs venant confirmer l'hypothèse de l'étude ont plus de probabilité d'être publiées que celles portant sur des résultats «négatifs» et non significatifs. Cette saillance des résultats d'étude positifs déforme considérablement le tableau réel des données et conduit à une surestimation de l'efficacité des traitements, et potentiellement à une sous-estimation des effets secondaires. La déformation au sein des études par la modification des objectifs de l'étude a reçu une attention croissante au cours de ces dernières années et est, en l'état actuel des connaissances, au moins aussi dommageable que la dissimulation d'études complètes – tout en étant potentiellement encore plus trompeuse, étant donné

que ces études sont tout de même publiées.
La troisième source d'erreurs majeure est la contradiction souvent grave entre les comptes-rendus d'études publiées, notamment entre les résultats numériques issus des analyses statistiques et la description verbale. Cette distorsion est également très préjudiciable, car de nombreux utilisateurs des connaissances ne lisent le texte de l'article que de manière superficielle – souvent même uniquement le résumé – et ne prennent généralement pas la peine de s'intéresser aux considérations numériques.

Déformation vers le positif

Du fait de l'addition des influences des biais de publication, il a empiriquement démontré que les résultats des synthèses de preuves peuvent être déformés pour aller dans le sens du positif. Ceci influence à son tour la décision de savoir quand il convient de considérer que les données d'une étude permettent une évaluation réaliste des effets. Dès lors qu'il apparaît que l'effet est significatif, toutes les études ultérieures sont à considérer comme non éthiques et un gaspillage de ressources. Toutefois, la décision d'interrompre une étude en raison d'une surestimation de l'effet peut potentiellement survenir trop précocement.

Synthèse des preuves

La production et la répartition continuelle des nouvelles connaissances ont conduit à un flux d'information gigantesque, et cela à un point tel que les experts, même dans des spécialisations relativement restreintes de la médecine, ne sont plus en mesure d'en garder une vue d'ensemble. La méthodologie de la synthèse de ces connaissances revêt ainsi une pertinence toute particulière. Il s'agit d'un processus systématique de rassemblement de connaissances en intégrant des mesures de contrôle de biais et comprenant, de manière facultative, des procédés statistiques quantitatifs. Cette dernière variante est appelée «métaanalyse». L'objectif

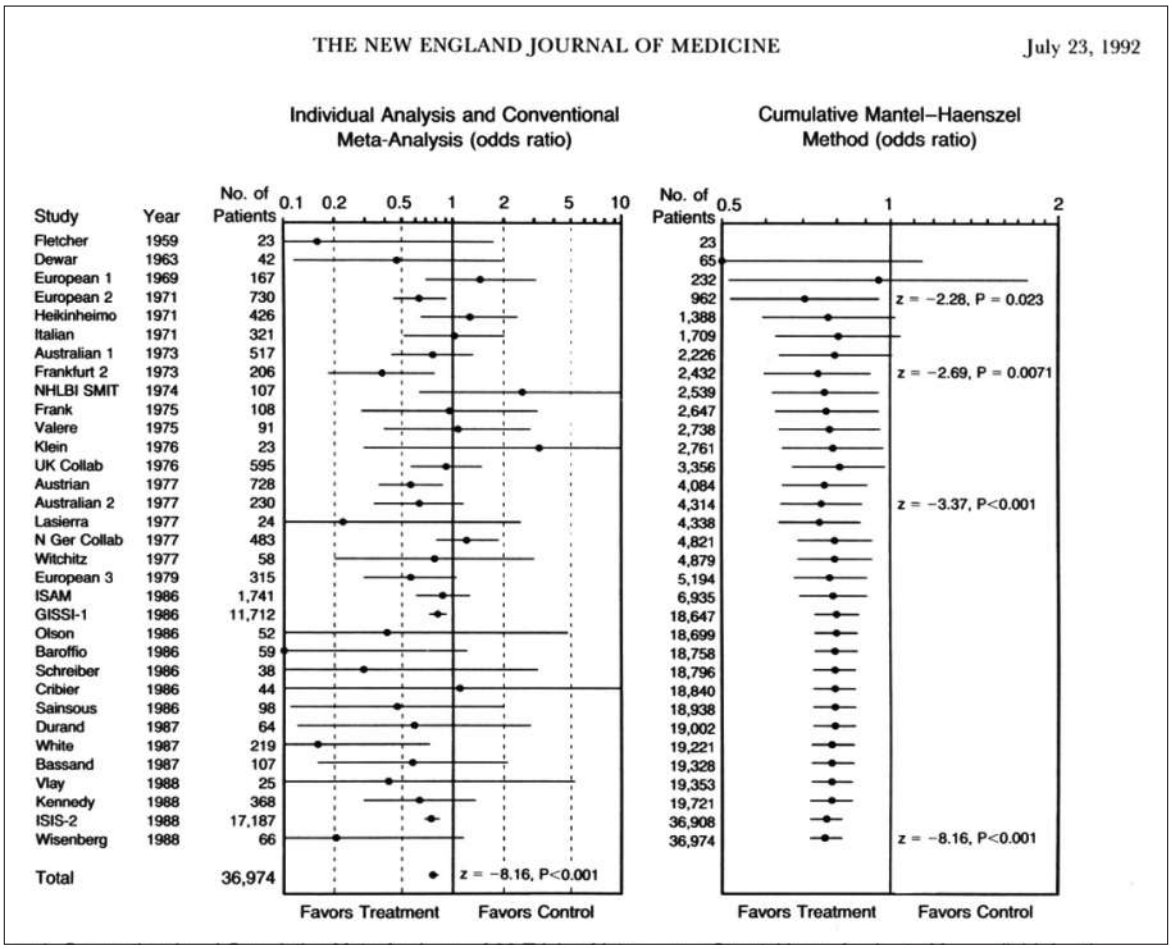


Figure 3: Analyse individuelle et cumulative des données issues de 33 études relatives à la streptokinase intraveineuse dans l'infarctus du myocarde aigu. Extrait de N Engl J Med, Lau J, Antman EM, Jimenez-Silva J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction. Jul 23;327(4):245–54.
Copyright © 1992 Massachusetts Medical Society. Reprinted with permission from Massachusetts Medical Society.

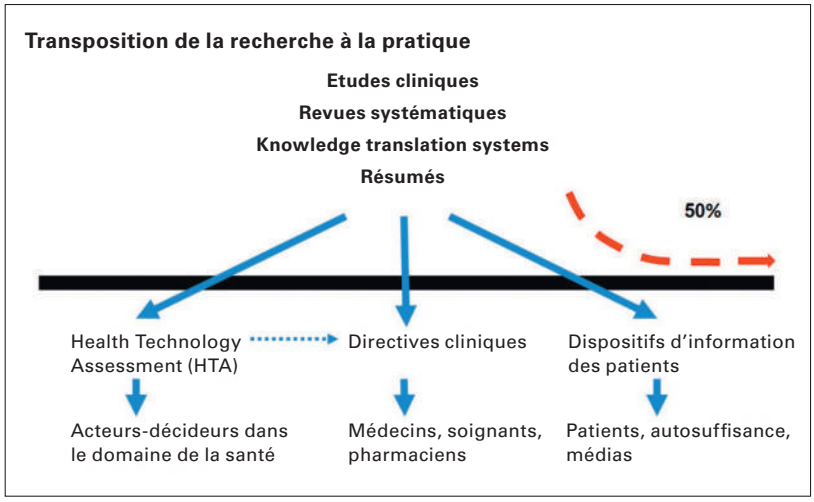


Figure 4: Canaux de transposition de connaissances provenant des études aux soins de santé (Source: Deutsches Cochrane Zentrum).

de la synthèse est de rassembler les informations pertinentes relatives à tous les participants ayant été impliqués dans des études sur le même sujet. Les revues systématiques (SR) des connaissances existantes sont aujourd'hui considérées comme étant le fondement essentiel des processus décisionnels. Leur signification dans la prise de décisions dans le domaine de la santé est capitale quant à l'appréciation des bénéfices pour les patients.

L'effet du procédé doit être démontré de manière répétée. C'est la raison pour laquelle une unique étude n'est pas à même de pouvoir démontrer un effet de manière satisfaisante. Ceci est illustré dans la représentation graphique des données d'une métaanalyse *(Forest Plot)*, basée ici sur l'exemple des travaux de Lau et al. (fig. 3) [4]. L'analyse des études individuelles portant sur le traitement de l'infarctus du myocarde aigu par le biais de la streptokinase par voie intraveineuse (fig. 3, page de gauche) met en évidence la grande variation des résultats des études individuelles; dans certains cas individuels, elle montre même une supériorité de l'intervention contrôle. La supériorité de l'intervention dans cette présentation est révélée par l'estimateur de l'effet global, tout en bas de la figure (total). La mise en commun des études individuelles dans une perspective globale cumulative modifie le tableau: le côté droit de la figure montre la position de l'effet de l'intervention dans les deux premières études comportant 65 patients. Plus le nombre d'études et donc de patients s'y ajoutant croît, plus l'effet favorable de l'intervention apparaît clairement. C'est au plus tard dans l'étude GISSI-1 de 1986, incluant près de 12 000 patients, qu'un avantage de l'intervention peut être empiriquement démontré.

Les connaissances doivent rester d'actualité

Les SR doivent être mis à jour en permanence. L'activité dans le domaine des études cliniques augmentant dans le monde entier, nous sommes pilonnés de nouveaux résultats d'études produits à un rythme de plus en plus soutenu (fig. 2) qui doivent être intégrés aux SR déjà existants afin que les connaissances y figurant demeurent d'actualité. Parmi les grandes organisations, seule la *Cochrane Collaboration* a aussi bien l'objectif que les outils pour actualiser systématiquement les SR.

Revue systématique de la *Cochrane Collaboration*

Cochrane est un réseau global indépendant, représenté dans plus de 130 pays, qui rassemble des informations de santé fiables et accessibles, non soumises à un financement industriel ou commercial. Les *Cochrane Review* systématiques sont actuellement élaborées par 52 groupes de *Cochrane Review*, qui peuvent être orientés sur une intervention ou sur des domaines de soins médicaux spécifiques. Les équipes d'auteurs d'une *Cochrane Review* se composent idéalement d'experts cliniciens, de méthodologistes, d'épidémiologistes ou de statisticiens et de spécialistes de la recherche. Le point de départ est une question formulée de manière claire qui définit les patients, l'intervention, l'intervention de comparaison ainsi que les critères d'évaluation cliniques (schéma PICO). Des méthodes comparatives explicites sont employées pour rechercher systématiquement les travaux de recherche pertinents pour répondre au questionnement et évaluer la qualité des travaux de manière à éviter les erreurs de sélection. Les travaux non publiés et non disponibles en langue anglaise sont également inclus. Il est ainsi possible d'acquérir une vue d'ensemble unique des connaissances actuellement disponibles sur un thème donné. Les cinq étapes de l'élaboration d'une revue sont aujourd'hui le modèle fondamental de toute SR:

1) le développement d'un questionnement auquel il est possible de répondre;
2) une étude systématique de la littérature;
3) une évaluation qualitative des études incluses;
4) une synthèse des données quantitatives;
5) une interprétation objective des résultats.

Ces objectifs doivent respecter des objectifs méthodologiques rigoureux pour garantir une grande qualité de la revue. Ce schéma s'applique de manière générale aux SR, les *Cochrane Review* se distinguent par un degré particulièrement élevé de standardisation. La mise à jour d'une *Cochrane Review* survient régulièrement. Il est aujourd'hui question de «living documents», étant donné que de nouvelles études sont intégrées à un document existant qui est ainsi actualisé. Les *Cochrane Reviews* sont publiés dans la *Cochrane Database of Sys-*

tematic Reviews [5]. Un accès libre national existe déjà dans des pays tels que la Finlande, la Norvège, le Danemark, la Grande-Bretagne et l'Espagne.
Les revues systématiques et les métaanalyses sont aujourd'hui considérées comme un élément central et classifiant pour la recherche médicale en vue d'un transfert optimal des connaissances issues de la recherche à la pratique et au système de santé.

Systèmes d'utilisateurs: caisses d'assurance maladie, soignants, patients

Les connaissances rassemblées dans les revues systématiques sont une composante indispensable à la prise de décisions au sein des structures de soins de santé. Toutefois, elles ne sont pas suffisantes, elles doivent tout d'abord être élaborées et traitées de manière à être adaptées aux groupes-cibles. A cette fin, trois procédures principales ont été établies de par le monde, comme illustré sur la figure 4.

Health Technology Assessment

Health Technology Assessment (HTA) signifie l'évaluation de procédés utilisés dans le domaine des soins médicaux (aussi bien en diagnostique qu'en thérapeutique) sur la base de rapports bénéfices-risques, en impliquant les considérations financières relatives aux soins et en tenant compte du contexte. Au niveau du système de santé, les rapports HTA sont principalement une base d'évaluation en vue de la possibilité de remboursement et de prise de décision pour l'introduction de nouveaux procédés et technologies médicaux.

Directives

Les directives cliniques délimitent un cadre décisionnel pour les professionnels de santé impliqués dans les soins des patients et constituent une base pour formuler des recommandations concrètes dans le domaine des soins de santé. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins de santé. Elles sont systématiquement élaborées et ne sont pas juridiquement contraignantes, étant des directives, mais sont à considérer comme des recommandations.

Dispositifs d'information des patients

Les dispositifs d'information des patients mettent à la disposition des patients, de leurs proches et des personnes saines (mesures de dépistage précoce et de prévention) les informations nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques dans un format adapté et dans un langage compréhensible pour les non-professionnels. Ils constituent un prérequis essentiel car ils rendent possible une prise de décision participative dans le contexte de l'entretien médecin-patient.

Ces trois canaux de transfert des connaissances issues des études à la pratique sont désormais établis dans de nombreux et très différents systèmes de santé, indépendamment de leur structure. La figure 4 traduit le rôle central endossé par les revues systématiques, entre les études individuelles et l'utilisation des connaissances qui en proviennent par différents acteurs. Une différence fondamentale entre les SR, les HTA, les directives et les informations aux patients est que ces dernières nécessitent toutes un certain nombre de SR pour aboutir à une conclusion affirmative. Cela est particulièrement évident dans le cas des directives: la SR classique se rapporte à une intervention, c'est-à-dire que différentes interventions portant sur l'ablation d'un appendice enflammé par exemple sont comparées entre elles. La directive passe en revue les procédés diagnostiques et thérapeutiques utilisés en cas d'inflammation de l'appendice et décrit les preuves pour les procédés possibles sur la base des SR appropriés.
Pour la recherche d'informations, il convient de recourir à des sources internationales fondamentales – d'une perspective européenne centrale, il n'existe pas d'alternative dans le cas où des preuves détaillées sont nécessaires. A l'heure actuelle, les nouvelles connaissances sont publiées presque exclusivement en langue anglaise et dans des revues de pays anglophones. Etant donné que l'information adaptée à l'utilisateur dépend fortement des conditions locales telles que les remboursements par les caisses d'assurance maladie, la structure du personnel médical et soignant ainsi que les données spatiales, il en résulte une expression clé: *global knowledge – local implementation*. Les connaissances globales sont indispensables, mais en aucun cas suffisantes sans adaptation locale.

Disclosure statement
GA est directeur et IT est collaboratrice scientifique de Cochrane Allemagne. Les deux sont employés à la clinique universitaire de Fribourg-en-Brisgau.

Photo de couverture
© Ievgenii Tryfonov | Dreamstime.com

Références

1 Agency for Healthcare Research and Quality. What is Comparative Effectiveness Research? [cited 22.04.2015]; Available from: http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/what-is-comparative-effectiveness-research1/.
2 OCEBM Levels of Evidence Working Group, The Oxford 2011 Levels of Evidence, Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence, Editor. 2011, Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Oxford, UK.
3 The EQUATOR Network. Library for health research reporting. 2015 [cited 22.04.2015]; Available from: http://www.equator-network.org/library/.
4 Lau J, Antman EM, Jimenez-Silva J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction. N Engl J Med. 1992;327(4):248-54.
5 The Cochrane Library. [cited 22.04.2015]; Available from: http://www.cochranelibrary.com/.

Correspondance:
Ingrid Töws
Cochrane Deutschland
Berliner Allee 29
D-79110 Freiburg im Breisgau
toews[at]cochrane.de

L'essentiel pour la pratique

Cet article décrit la production et la répartition des connaissances ainsi que le rôle de la qualité des études comme critère de classification, indispensable pour se repérer. De manière logique, il pourrait être attendu que les informations nécessaires à la pratique médicale quotidienne soient mises à disposition des professionnels de santé, des patients et de leurs proches par un dispositif fonctionnel. Toutefois, cela n'est pas le cas. Dans l'espace germanophone/francophone, l'approvisionnement en littérature et revues systématiques en langue allemande/française est particulièrement lacunaire. Dans la section suivante sont indiquées des sources pour les rapports HTA, les directives et les dispositifs d'information aux patients sans classement relatif à leur qualité. Une liste plus exhaustive sortirait largement du cadre de cet article.

Chaque personne à la recherche d'informations et chaque utilisateur de ces informations doit au moins procéder à une évaluation informelle et personnelle de la qualité des sources. A cette fin, il est essentiel de tenir compte de la date de la dernière mise à jour, de la mention de conflits d'intérêts et de la partie relative à la méthodologie, qui décrit quels efforts ont été faits pour découvrir les preuves pertinentes et pour les réunir. Cet investissement d'énergie, actuellement indispensable, doit se faire sur une base individuelle.

Il est également nécessaire d'accepter que de nombreuses questions ne trouvent pas de réponse en langue allemande/française. La consultation des sources d'informations en langue anglaise est de ce fait indispensable, ce qui est pour certains une source de problèmes insurmontables. Même pour qui possède une très bonne maîtrise de l'anglais, il est trop exigeant d'attendre du professionnel de santé qu'il parcoure rapidement quelques pages dans un quotidien déjà très chargé. C'est pourquoi la traduction des résumés des *Cochrane Reviews* dans le *Cochrane Kompact* revêt une grande pertinence (voir les liens à droite).

Il n'est pas rare que les médecins soient confrontés par leurs patients à des informations sur la santé et sur la médecine relayées par les médias. Etant donné que la qualité de ces contributions est très variable, des projets d'amélioration de la qualité qui peuvent également être utiles aux utilisateurs sont mis en place. Il s'agit d'une part du projet Medien-Doktor *(http://www.medien-doktor.de/medizin/)* qui, sur la base de dix critères, analyse le contenu de l'information, et d'autre part du projet «Medizin Transparent» *(http://www.medizin-transparent.at/)* qui aide les non-professionnels à classifier sur la base des preuves les informations obtenues via des sources médiatiques.

Sources de connaissances dans les trois canaux de transfert

Rapports HTA:

- Swiss Medical Board, Suisse (http://www.medical-board.ch/)
- Ludwig Boltzmann Institut, Autriche (www.lbg.ac.at)
- Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen, Allemagne (https://www.iqwig.de/)
- NIHR Health Technology Assessment Programme (http://www.nets.nihr.ac.uk/programmes/hta)

Directives:

- Elaborées par des sociétés médicales spécialisées et l'OFSP. Disponibles notamment sur la plateforme www.guidelines.ch
- Pour la médecine générale: Leitlinien Kompendium des Verlagshauses für Ärzte (http://www.ebm-guidelines.at/)
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org)
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (www. aezq.de)
- National Institute for Health and Care Excellence (www.nice.org.uk)

Information des patients:

- Journal Club du centre Horten (www.evimed.ch)
- Cochrane Kompakt (http://www.cochrane.org/de/evidence)
- Portail autrichien de la santé publique (www.gesundheit.gv.at)
- Information de santé de l'IQWiG (https://www.gesundheitsinformation.de/)
- USA: «Comparative Effectiveness Research» du «Patient-Centered Outcomes Research Institute» (www.picori.org)